

Prueba piloto para la elaboración perfil epidemiológico de discapacidad en el municipio de Madrid (Cundinamarca)

Pilot test for the development of the health profile of disability in the Madrid Municipality (Cundinamarca)

Prova piloto para a elaboração do perfil epidemiológico de deficiência no município de Madrid (Cundinamarca)

Diana Alexandra Camargo Rojas FT MSc.¹ Elvis Siprian Castro Alzate TO MSc.², Darly Marchena Garzón,³ Daisy Alexandra Velasco Salcedo,³ Ana María Serrano Salazar,³ Adriana Santos Santos,³ María del Pilar Cuervo Enf. MAS⁴

Recibido: 5 de septiembre de 2013 • Aceptado: 7 de febrero de 2014

Doi: [dx.doi.org/10.12804/revsalud12.2.2014.07](https://doi.org/10.12804/revsalud12.2.2014.07)

Para citar este artículo: Camargo-Rojas DA, Castro-Alzate ES, Marchena-Garzón D, Velasco-Salcedo DA, Serrano-Salazar AM, Santos-Santos A, Cuervo MP. Prueba piloto para la elaboración perfil epidemiológico de discapacidad en el municipio de Madrid (Cundinamarca). Rev Cienc Salud. 2014;12(2):229-42. doi: [dx.doi.org/10.12804/revsalud12.2.2014.07](https://doi.org/10.12804/revsalud12.2.2014.07)

Resumen

A pesar de los esfuerzos para implementar estrategias que permitan determinar la frecuencia de discapacidad en Colombia, aún persisten problemáticas metodológicas y de recolección de la información. Lo anterior implica una necesidad creciente de implementar sistemas de vigilancia en salud pública en los que la discapacidad sea considerada como una condición de interés. En alianza con el Centro Ambulatorio Gustavo Escallón Cayzedo-Madrid Fundación Santa Fe de Bogotá (Cagec) y la Secretaría de Desarrollo Social del municipio de Madrid (Cundinamarca), se diseñó una guía metodológica y una ficha de recolección de información para la población con discapacidad, bajo los lineamientos de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF). *Objetivo:* Implementar una prueba piloto que permita fijar los criterios necesarios para la definición del perfil epidemiológico de discapacidad en el municipio de Madrid, Cundinamarca. *Materiales y métodos:* Se realizó un estudio descriptivo, articulado al proyecto de investigación *Identificación de los factores relacionados con la inclusión social de las personas con discapacidad del municipio de Madrid (Cundinamarca)*, que permitió establecer los criterios para el uso de la ficha epidemiológica diseñada por el grupo investigador con el fin de determinar las carac-

1 Programa de Fisioterapia, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario.
Correspondencia: elvis.castro@urosario.edu.co

2 Programa de Terapia Física, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad del Rosario.

3 Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad del Rosario (estudiantes).

4 Centro Ambulatorio Gustavo Escallón Cayzedo, Fundación Santa Fe de Bogotá.

terísticas del perfil epidemiológico de discapacidad en el municipio. *Resultados*: 57 personas con discapacidad que asistieron a los servicios de rehabilitación del Cagedy de los programas sociales de la Secretaría de Desarrollo Social del municipio de Madrid, Cundinamarca, fueron vinculadas al estudio. Las variables que permiten describir el perfil epidemiológico de discapacidad incluyen la edad [promedio 39,9; desviación estándar (DE)13,9], escolaridad, empleo y estrato socioeconómico (entre 1 y 3). *Conclusiones*: A partir de los resultados del estudio, se evidencia la necesidad de implementar metodologías rigurosas para el registro y análisis de la información relacionada con discapacidad. La guía y el instrumento para la recolección de datos se ajustan a las consideraciones de la Organización Mundial de la Salud. Se requieren investigaciones adicionales para garantizar validez externa y representatividad desde perspectivas poblacionales.

Palabras clave: discapacidad, vigilancia en salud pública, perfil epidemiológico, Madrid (Cundinamarca).

Abstract

Despite the efforts to implement strategies that allow to determine the frequency of disability in Colombia, still persists methodological issues and collection of information. The previous, involves an increasing need to implement systems of surveillance in public health in which disability is considered a condition of interest. In alliance with the Ambulatory Center Gustavo Escallón Cayzedo of the Foundation Santa Fe de Bogota and the Office of Social Development of the municipality of Madrid (Cundinamarca), a methodological guide and an index card of collection of information for the population with disability were designed, under the contours of the International Classification of the Functioning, Disability and Health (ICF). *Objective*: To implement a pilot that will defined the necessary criteria for the definition of the epidemiological profile of disability in the municipality of Madrid, Cundinamarca. *Materials and methods*: a descriptive study was conducted, articulated to the project of investigation identification of the factors related with the social inclusion of the people with disability of the municipality of Madrid (Cundinamarca). This study allowed to establish the criteria for the use of the index epidemiological card designed by the researcher group with the goal to determine the characteristics of the epidemiological profile of disability in the municipality. *Results*: 57 people with disability that assisted to the services of rehabilitation of the Foundation Santa Fe de Bogota and of the social programs of the Office of Social Development of the municipality of Madrid, Cundinamarca, were linked to the study. The variables that allow to describe the epidemiological profile of disability include: the age (average 39,9 S.D.13,9), schooling, employment and socioeconomic stratum (between 1 and 3). *Conclusions*: From the results of the study, it is evident the need to implement rigorous methodologies for the registration and analysis of the information related with disability. The guide and the instrument for the recollection of data is adjusted to the considerations of the World Health Organization. Further investigations are required to guarantee external validity and representativeness from populational perspectives.

Key words: disability, public health surveillance, epidemiological profile, Madrid (Cundinamarca).

Resumo

A pesar dos esforços para implementar estratégias que permitam determinar a frequência de deficiência na Colômbia, ainda persistem problemáticas metodológicas e de recoleção da informação. O anterior implica uma necessidade crescente de implementar sistemas de vigilância em saúde pública nos que a deficiência seja considerada como uma condição de interesse. Em aliança com o Centro Ambulatorio Gustavo Escallón Cayzedo (Madrid) Fundação Santa Fe de Bogotá (CAGEC) e a Secretaria de Desenvolvimento Social do município de Madrid (Cundinamarca), criou-se uma guia metodológica e uma ficha de recoleção de informação para a população com deficiência, sob os lineamentos da Classificação Internacional do Funcionamento da Deficiência e a Saúde (CIF). *Objetivo:* implementar uma prova piloto que permita definir os critérios necessários para a definição do perfil epidemiológico de deficiência no município de Madrid, Cundinamarca. *Materiais e métodos:* realizou-se um estudo descritivo, articulado ao projeto de pesquisa “Identificação dos fatores relacionados com a inclusão social das pessoas com deficiência do município de Madrid (Cundinamarca)”, que permitiu estabelecer os critérios para o uso da ficha epidemiológica criada por o grupo pesquisador com o fim de determinar as características do perfil epidemiológico de deficiência no município. *Resultados:* 57 pessoas com deficiência que assistiram aos serviços de reabilitação do CAGEC e dos programas sociais da Secretaria de Desenvolvimento Social do município de Madrid, Cundinamarca, foram vinculadas ao estudo. As variáveis que permitem descrever o perfil epidemiológico de deficiência incluem a idade (média de 39,9 D.E.13, 9), escolaridade, emprego e estrato socioeconômico (entre 1 e 3). *Conclusões:* A partir dos resultados do estudo, evidencia-se a necessidade de implementar metodologias rigorosas para o registro e análise da informação relacionada com a deficiência. A guia e o instrumento para a recoleção de dados ajustam-se às considerações da Organização Mundial da Saúde. Requerem-se pesquisas adicionais para garantir validade externa e representatividade desde perspectivas populacionais.

Palavras-chave: deficiência, vigilância em saúde pública, perfil epidemiológico, Madrid (Cundinamarca).

Introducción

La inclusión social de las personas con discapacidad es un tema complejo que depende de la acción integral del Estado, de la voluntad política del gobierno central y territorial, de la pertinencia de la oferta y la construcción de políticas públicas para mejorar condiciones de vida, disminuir el riesgo de exclusión y de discapacidad. Con el paso del tiempo, han sido identificados diversos grados de exclusión, relacionados con las condiciones del entorno, las características individuales y las condiciones sociales en las que se desarrolla la cotidianidad de las personas

con discapacidad, todo esto a pesar de las actividades desarrolladas contra la exclusión social, las personas con discapacidad siguen encontrando barreras actitudinales y físicas que les impide participar en igualdad de condiciones con las demás personas, en la vida familiar, social y comunitaria (1).

La discapacidad es una variable dependiente que responde a un proceso dinámico que varía en función de la severidad, la duración y la magnitud. En las últimas tres décadas han sido formuladas distintas metodologías de estimación de las condiciones de salud en

el mundo, en términos de conocer la carga global y particular de la morbilidad y la discapacidad (2).

En el año 2003, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), creó una ficha metodológica para el registro, localización y caracterización de las personas con discapacidad, la cual buscaba ubicar y determinar la frecuencia y distribución, además de las principales características demográficas y sociales de las personas con discapacidad en el país y en sus diferentes subdivisiones geográficas (2). Con este instrumento se buscaba apoyar el desarrollo de la Política Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad, los programas y proyectos de prevención, atención, rehabilitación y equiparación de oportunidades de dicha población en el país.

No obstante, a pesar de dar importancia al registro y a la generación de un sistema de información en discapacidad, para favorecer el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas, planes y proyectos desarrollados dentro del marco del Plan Nacional de Discapacidad, los avances en el tema no son satisfactorios y los hallazgos obtenidos desde la aplicación de dicho instrumento, se han limitado a la presentación de datos relacionados con el sujeto y su entorno más cercano, pero no relaciona las condiciones generales y estructurales de un contexto que puede afectar la condición de salud de la población con discapacidad. En relación con lo anterior, Cruz y Hernández (2) concluyeron que se ha evidenciado que la información obtenida a partir del registro y caracterización de las personas con discapacidad, podría tener problemas en la conceptualización de la discapacidad y en la forma en cómo esta ha sido medida, lo que ha generado sesgos de índole metodológico y estadístico. Sin embargo, se constituye en la mejor información disponible en discapacidad

para Colombia, puesto que incorpora la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF)(2).

De esta manera y reconociendo la problemática existente en los sistemas de información, se plantea la necesidad de realizar perfiles epidemiológicos, que permitan comprender la realidad de la población con discapacidad, empleando metodologías integradoras, que involucren el modelo ecológico, con el fin de transformar la mirada reduccionista de los sistemas de información basados en los datos convencionales de mortalidad y morbilidad, y proporcionar información relacionada con el contexto, el Estado, las condiciones de vida de las poblaciones, lo que ha favorecido la aplicación de la CIF (3); y a partir de futuras investigaciones ofrecer respuestas de acuerdo a las características y condiciones poblacionales identificadas.

Con la implementación de la CIF en 2001, la discapacidad dejó de ser abordada como un epifenómeno centrado en las consecuencias de la enfermedad y se implementó un sistema de codificación que incorpora el funcionamiento humano independientemente del diagnóstico clínico (4). El abordaje de este fenómeno se realiza desde los componentes de la salud asumidos como todos aquellos elementos personales y contextuales, constituyentes de la salud. Esta nueva conceptualización orienta a los profesionales de la salud y relacionados con esta a adelantar procesos de investigación, establecer lineamientos para la generación de sistemas de información en discapacidad y políticas públicas.

La CIF incorpora el funcionamiento como el término genérico que engloba las funciones, las estructuras corporales, la capacidad que tiene la persona de desarrollar actividades y la posibilidad de vincularse en situaciones vitales. Igualmente, también dentro de esta clasificación se

incorpora el término genérico de discapacidad, que incluye las deficiencias de las funciones y estructuras corporales, la limitación en la capacidad de desarrollar una actividad y las restricciones en la participación (4).

La estructura de la CIF también incluye una lista de factores ambientales y personales que permiten dar respuesta a la necesidad del abordaje a la discapacidad desde la perspectiva de los determinantes sociales. Teniendo en cuenta lo anterior, se consideran las conductas adaptativas, como la relación presente entre el individuo con el contexto, así como el impacto directo que tiene sobre la calidad de vida. Esta interacción se puede abordar desde una perspectiva multinivel que involucre sistemas, el grado de cercanía y la relevancia que dicha relación tiene para el individuo; esta perspectiva fue propuesta por Bronfenbrenner, y se conoce como Modelo Ecológico (5). De esta manera, se puede desarrollar una aproximación a la participación de la persona con o sin discapacidad dentro de sus contextos, la generación de redes de apoyo y respuestas integrales que permitan un proceso de inclusión social a partir del reconocimiento de sus derechos humanos.

Discapacidad y sistemas de vigilancia en salud pública

En los últimos años se ha producido una evolución del concepto de vigilancia epidemiológica hacia el concepto de vigilancia en salud pública y el enfoque de la vigilancia se ha ampliado para abarcar la administración de los servicios incluyendo los procesos y su impacto. Esto implica la necesidad de fortalecer y fomentar las capacidades y los recursos para cumplir con este propósito.

Es así como la vigilancia se concibe como una función esencial de la salud pública aso-

ciada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud individual y colectiva, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, organización, análisis, interpretación, actualización y divulgación de datos específicos relacionados con la salud y sus determinantes, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica de la salud pública (6).

Históricamente, los sistemas de vigilancia en salud pública se han enfocado en eventos de interés, tales como como enfermedades infecciosas, crónicas no transmisibles (ECNT) y violencia (lesiones de causa externa, incluidas las autoinfligidas). Partiendo de ello, en las últimas décadas, se ha tenido en cuenta la discapacidad, debido a que se encuentra relacionada con diferentes condiciones de salud y violencia. Sin embargo, los cambios en la conceptualización de discapacidad y el desconocimiento de la CIF por parte de los profesionales prestadores de servicios en escenarios clínicos, sociales y comunitarios, hacen que en la actualidad la información de esta condición no sea confiable y, por lo tanto, susceptible de subregistro y mala clasificación (2).

Teniendo en cuenta lo anterior, el Centro Ambulatorio Gustavo Escallón Cayzedo-Madrid de la Fundación Santa Fe de Bogotá, en sus cuatro años de funcionamiento ha prestado servicios médicos generales y especializados, así como el desarrollo de actividades comunitarias para diferentes tipos de población incluidas las personas con discapacidad (PCD), estableció una alianza con la Universidad del Rosario, con el propósito de generar conocimiento específico acerca de la población con discapacidad atendida, además de entender en forma más amplia a la PCD y, de esta manera, desarrollar actividades que permitan mejorar la integralidad en la atención.

Material es y métodos

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, articulado al proyecto de investigación *Identificación de los factores relacionados con la inclusión social de las personas con discapacidad del municipio de Madrid (Cundinamarca)*, que permitió establecer los criterios para el uso de la ficha epidemiológica diseñada por el grupo investigador con el fin de determinar las características del perfil epidemiológico de discapacidad en el municipio. Los datos fueron recolectados entre agosto y octubre de 2012, en el Centro Ambulatorio Gustavo Escallón Cayzedo-Madrid Fundación Santa Fe de Bogotá y el Centro de Vida Sensorial perteneciente a la Secretaría de Desarrollo Social del municipio de Madrid (Cundinamarca). Los resultados del presente documento, corresponden a la prueba piloto requerida para la implementación del instrumento en el marco de los programas dirigidos a las personas con discapacidad.

El protocolo de investigación fue revisado y aprobado por los comités de Ética en Investigaciones de la Universidad del Rosario y el de Ética Institucional de la Fundación Santa Fe de Bogotá y se ajusta a las disposiciones de la Resolución 8430 del Ministerio de Salud y de la Declaración de Helsinki.

Población y muestra

Criterios de inclusión: Personas entre 18 y 65 años de edad, residentes en la zona urbana de Madrid, Cundinamarca, asistentes a los programas de rehabilitación del Centro Ambulatorio Gustavo Escallón Cayzedo-Madrid de Fundación Santa Fe de Bogotá y del Centro de Vida Sensorial de la Secretaría de Desarrollo Social, entre agosto y octubre de 2012.

Criterios de exclusión: Personas quienes rechazaron participar en el estudio.

Tamaño de la muestra: Se realizó un muestreo no probabilístico (por conveniencia), a partir de los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS). La muestra está constituida por 62 personas con discapacidad, que corresponden al 15 % del censo de personas con discapacidad del municipio, realizado por el DANE en 2005.

Fases de la investigación:

El desarrollo del proyecto se ejecutó en dos fases, la primera comprendida entre enero y mayo de 2012 y la segunda entre junio de 2012 y octubre de 2012.

Fase 1

Incluyó el reconocimiento del área de influencia, se realizaron visitas a instituciones con el objetivo de obtener acceso a fuentes de información secundaria, relacionada con los registros individuales de prestación de servicios de salud del Centro Ambulatorio Gustavo Escallón Cayzedo-Madrid Fundación Santa Fe de Bogotá, la Fundación Cavies y los reportes de la Secretaría de Desarrollo Social del municipio de Madrid, Cundinamarca. Con los datos obtenidos, el grupo investigador realizó minería de datos que permitió eliminar registros repetidos, determinar la calidad de la información y estructurar la ficha epidemiológica para el registro de la información.

Posteriormente, se definió la necesidad de construir los instrumentos, a partir de la revisión teórica teniendo en cuenta los conceptos de vigilancia y perfil epidemiológicos y las definiciones planteadas por la Organización Mundial de la Salud en la CIF (3).

Como resultado de esta fase, se obtuvo una ficha de registro y la guía de diligenciamiento. Ambos documentos fueron sometidos a juicio

de dos expertos que permitió establecer la validez de contenido y de constructo y, finalmente, después de los ajustes, fueron empleados para la recolección de la información.

Segunda fase

Fue ejecutada entre junio y diciembre de 2012, consistió en:

- Selección de la población: teniendo las bases de datos de la población con discapacidad registrada en las diferentes instituciones, se realizaron convocatorias en el centro de vida sensorial a las personas vinculadas al Programa de Atención Integral de Discapacidad y las personas que asistían al servicio de rehabilitación y ortopedia en el Centro Ambulatorio Gustavo Escallón Cayzedo.
- Recolección de datos: se recopilaron un total de 62 fichas aplicadas a la población con discapacidad temporal o permanente del municipio de Madrid, Cundinamarca.
- Sistematización de la información: se consolidó la información recogida y fue ingresada a la base de datos creada y procesada en el paquete estadístico Stata versión 12 ® que permitió determinar las frecuencias absolutas.
- Elaboración de los perfiles: se construyeron los perfiles teniendo en cuenta todas las variables (personales y contextuales).

Definición de variables

Definición de caso

De acuerdo a las características de la condición para la notificación, se estableció la definición operacional del evento de interés de acuerdo a la legislación vigente en Colombia:

Persona que presenta deficiencias temporales o permanentes en funciones corporales o en estructuras corporales, que alteran la ejecución de sus actividades cotidianas y genera restricciones en la participación so-

cial por causa de una condición de salud, o de barreras físicas, ambientales, culturales, sociales y del entorno cotidiano (7, 8).

Variables independientes

Para la construcción del perfil, se incluyeron variables sociodemográficas como edad, género, años de escolaridad, estado civil, religión, afiliación a la seguridad social, estrato socio económico y ocupación y variables relacionadas con la discapacidad y el funcionamiento como origen y condición de esta, deficiencias, limitación en la actividad y restricciones en la participación.

Plan de análisis

Para efectos de la investigación, se llevó a cabo un análisis univariado y exploratorio de los datos, con el propósito de hacer una aproximación descriptiva de las variables de interés, se resumieron medidas de tendencia central (medias) y medidas de dispersión de acuerdo a la naturaleza de los datos. El proceso de descripción de variables categóricas se complementó con tablas de frecuencia.

Resultados

El total de personas encuestadas fue 62, de las cuales no se tuvo en cuenta 5 debido a que no cumplían con todos los criterios de inclusión, en estos casos, la edad mayor a 65 años. El tiempo para la recolección de la información mediante el empleo del instrumento diseñado fue de 20 minutos.

El promedio de edad entre las personas que fueron entrevistadas es de $39,9 \pm DE13,9$, de los cuales el 24,56 % han realizado hasta la secundaria incompleta y el 10,5 % estudios universitarios. De la muestra vinculada al estudio, el 40,35 % están empleados actualmente. En la tabla 1, se describen otras variables sociodemográficas de la población.

Tabla 1. Variables sociodemográficas

Edad	39,9 ± 13,9*
Estrato Socioeconómico	
1	19,30% (n=11)
2	63,16% (n=36)
3	17,54% (n=10)
Seguridad Social	
Afiliado	98,25% (n=56)
No afiliado	1,75% (n=1)
Escolaridad	
Ninguno	12,28% (n= 7)
Primaria incompleta	15,79% (n=9)
Primaria completa	15,79% (n=9)
Secundaria incompleta	24,56% (n=14)
Secundaria completa	19,39 (n=11)
Técnico	1,75% (n=1)
Universitaria	10,53% (n=6)
Ocupación	
Desempleado	14,04% (n=8)
Estudiante	14,04% (n=8)
Ama de casa	17,54% (n=10)
Empleado	40,35% (n=23)
Trabajador independiente	7,02% (n=4)
Pensionado	3,51% (n=2)
Cesante	3,51% (n=2)
Cuidador	
Sí	47,37% (n=27)
No	52,63% (n=30)
Unidad Primaria Generadora de Datos	
CVS	33,33% (n=19)
FSFB	66,67% (n=38)

* Promedio ± Desviación Estandar; CVS: Centro de Vida Sensorial; FSFB: Fundación Santa Fé de Bogotá.

De acuerdo con las características de la discapacidad, se encontró que es mayor la discapacidad permanente representada en el 54,39% de las personas encuestadas, siendo la adquirida (38,6%) la mayor causa (tabla 2).

Desde la perspectiva personal, las deficiencias identificadas son principalmente físicas (59,65%) y visual (12,28%), las cuales se caracterizan por modificaciones estructuras relacionadas con el movimiento (61,40%) y en otros casos presen-

tan ausencia de estructuras como el ojo o el oído (19,3 %). En cuanto a las funciones comprometidas en la población encuestada, se encontró

que el 63,16% está relacionado con funciones neuromusculoesqueléticas y el 22,81% está relacionado con funciones mentales (tabla 3).

Tabla 2. Generalidades de la Discapacidad

Condición**	
Temporal	45,61% (n=26)
Permanente	54,39% (n=31)
Seguridad Social**	
• Congénita	26,31% (n=15)
• Adquirida	38,6% (n=22)
Enf. general	19,3% (n=11)
Enf. profesional	3,51% (n=2)
Accidente general	10,3% (n=6)
Accidente de tránsito	-
Violencia	-
Abuso SPA*	1,75% (n=1)
Lesión auto infligida	

* Siglas: SPA: Sustancias psicoactivas

** Porcentaje

Tabla 3. Deficiencias

Tipo de deficiencia		
Física	59,65% (n=34)	
Intelectual	7,02% (n=4)	
Mental	10,53% (n=6)	
Visual	12,28% (n=7)	
Auditiva	5,26% (n=3)	
Múltiple	5,26% (n=3)	
Características de la deficiencia	Ausencia	Modificación
Estr. nervios	10,53% (n=6)	14,04% (n=8)
Estr. ojo-oído	19,3% (n=11)	5,26% (n=3)
Estr. voz y habla	-	3,51% (n=6)
Estr. cardiovascular	-	1,75% (n=1)
Estr. digestivo	-	1,75% (n=1)
Estr. genitourinario	-	1,75% (n=1)
Estr. movimiento	1,75% (n=1)	61,40% (n=35)
Funciones comprometidas		
Func. mentales	22,81% (n=13)	
Func. sensoriales y dolor	15,79% (n=9)	
Func. de la voz y el habla	10,53% (n=6)	
Func. cardiovascular	1,75% (n=1)	
Func. digestiva	1,75% (n=1)	
Func. genitourinaria	1,75% (n=1)	
Func. neuromusculoesquelética	63,16% (n=36)	
Func. piel y relacionadas	7,02% (n=4)	

Desde la perspectiva de actividades y participación, se encontró que los encuestados presentan mayor frecuencia en limitaciones para la movilidad (73,68 %), tareas y demandas generales (63,16 %), vida comunitaria, social y cívica, (53,62 %), comunicación (49,12 %) (tabla 4). La perspectiva propuesta por el grupo

investigador, articula la multidimensionalidad de la discapacidad al incorporar el concepto de restricción en la participación como los problemas que presentan las personas incluidas en la muestra para enfrentarse ante situaciones vitales en entornos cotidianos (3).

Tabla 4. Actividades y participación

Aprendizaje y aplicación del conocimiento	42,86 % (n=25)
Tareas y demandas generales	63,16 % (n=36)
Comunicación	49,12 % (n=28)
Movilidad	73,68 % (n=42)
Autocuidado	42,11 % (n=24)
Vida doméstica	42,11 % (n=24)
Interacciones y relaciones interpersonales	42,11 % (n=24)
Vida comunitaria, social y cívica	52,63 % (n=30)

Dentro de los factores contextuales, los encuestados manifestaron que las barreras más frecuentes obedecen al entorno natural y los cambios en el entorno (31,58 %) y servicios,

sistemas y políticas. Los facilitadores se relacionan principalmente con el apoyo y las relaciones (87,72 %) y las actitudes de cuidadores y familiares (82,46 %) (tabla 5).

Tabla 5. Factores contextuales

Factores ambientales	Barreras	Facilitadores
Productos y tecnología	24,56 % (n=14)	75,44 % (n=43)
Entorno natural y cambios en el entorno	31,58 % (n=18)	68,42 % (n=39)
Apoyo y relaciones	12,28 % (n=7)	87,72 % (n=50)
Actitudes de cuidadores, familiares y otros	17,54 % (n=10)	82,46 % (n=47)
Servicios, sistemas y políticas	22,81 % (n=13)	77,19 % (n=44)

Los resultados del presente estudio se relacionan con las características inherentes a población que accede a las instituciones prestadoras de servicio de salud del municipio de

Madrid (Cundinamarca). A partir de lo anterior, se hace necesario considerar la pertinencia de incluir la metodología planteada en estudios de corte poblacional.

Discusión

Históricamente los sistemas de vigilancia en salud pública han sido enfocados en temas de salud, como enfermedades infecciosas, ECNT y violencia. Partiendo de ello, en las últimas décadas, se ha tenido en cuenta la discapacidad como tema de interés debido a que se ve relacionada con diferentes condiciones demográficas, sociales, culturales, políticas y económicas, que influyen el proceso de inclusión social y desarrollo humano de las poblaciones (9).

Al reconocer que la salud pública tiene como una de las funciones esenciales el monitoreo de condiciones de salud específicas o relacionadas con la salud (cuando se incluyen elementos ambientales o de prestación de servicios), es importante resaltar la utilización del perfil epidemiológico como una herramienta que facilita el manejo de la información y la identificación de las características de una población determinada y los factores que influyen en la calidad de vida (9,10).

Pese a que en Colombia existen metodologías para la recolección de datos, como es el registro de caracterización y localización de las personas con discapacidad (RCLPD) (11), las instituciones del municipio de Madrid disponen de un instrumento que facilita la obtención de datos relacionados con discapacidad y que están basados en la CIF. Lo anterior redundaría en la disponibilidad de datos en términos de accesibilidad y oportunidad para la determinación de las características de la población beneficiaria de programas y servicios.

El presente estudio se centró en el diseño de una metodología y un instrumento, para la construcción de un perfil epidemiológico de la población con discapacidad, a partir de la revisión de los registros individuales de prestación de servicios de salud, la cual permitió establecer los mecanismos para la organización y clasificación de variables relacionadas con la discapa-

cidad en el municipio de Madrid, teniendo en cuenta que las variables sociodemográficas y las inherentes al diagnóstico clínico no son suficientes para que las organizaciones de y para personas con discapacidad e instituciones prestadoras de servicios de salud, puedan construir sus propios perfiles, que incorporen los factores que inciden en la discapacidad y en los procesos de inclusión social. De acuerdo con Lugo y Seijas, quienes identifican las múltiples fuentes de información de discapacidad en Colombia, a partir de los resultados del presente estudio se identifica la necesidad de basarse en un marco general actualizado para la recolección, sistematización y análisis de información de la población con discapacidad (12). En el contexto latinoamericano, países como Brasil, Chile y Perú han realizado esfuerzos por unificar los criterios de recolección de datos relacionados con la población con discapacidad. Sin embargo, a partir de la búsqueda de evidencia, Nicaragua es el país que registra antecedentes de la implementación de sistemas de vigilancia en salud pública que incorpora la discapacidad como condición de interés para ser monitoreado (13). Desde este punto de vista, los países miembros de la Organización de Naciones Unidas (donde se incluye a Colombia), al ratificar la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad, deben incorporar estrategias actualizadas que permitan identificar, cuantificar y localizar a la población con discapacidad (14, 15).

A partir de los hallazgos, se evidencia que en la población encuestada prevalecen estratos socioeconómicos 1 y 2, dadas las condiciones del municipio; igualmente, esta población cuenta con bajos niveles de escolaridad y se desempeñan en actividades ocupacionales ligadas a las dinámicas sociales de la ruralidad. Por lo anterior, es posible encontrar una población que privilegia la formación primaria y secundaria para ser vinculada al sector productivo, sin ser

necesaria la formación universitaria y posgradual. Los resultados del presente estudio, son comparables con el informe sobre derecho a la educación de las personas con discapacidad desarrollado por Crosso, quien refiere que en Colombia solo el 0,32 % de alumnos tiene alguna discapacidad en las escuelas colombianas (16). Filmer, en un análisis de encuestas poblacionales realizadas en catorce países en vía de desarrollo, encontró una relación entre las condiciones de pobreza, escolaridad y discapacidad, siendo la población adulta con discapacidad y con bajos niveles de escolaridad, la que tiene mayor probabilidad de ubicarse dentro de los dos quintiles más pobres (17, 18). Lo anterior sugiere la necesidad de establecer una relación entre las condiciones socioeconómicas y la discapacidad desde perspectivas cuantitativas (10).

En nuestro estudio se evidencia que el 45,6 % se presenta una condición temporal y puede corresponder a la casuística presente en la asistencia a los servicios de salud, lo que corresponde a las características de la población que asiste al servicio de rehabilitación del Centro Ambulatorio Gustavo Escallón Cayzedo-Madrid Fundación Santa Fe de Bogotá. Lo anterior permite definir un perfil de la población que incorpora variables como ocupación (empleado), condición de discapacidad (temporal), causa relacionada con enfermedad profesional y accidente de trabajo y, finalmente, la vinculación como cotizante en el sistema general de seguridad social en salud. Por otro lado, se encontró que la mayoría de personas con discapacidad moderada o severa como permanente se encuentran vinculados al centro de vida sensorial (del total de la población corresponde al 33,33 %), lo que permite identificar la participación de personas con alto nivel de dependencia en los programas ofrecidos por la Secretaría de Desarrollo Social del municipio.

Las diferencias presentes entre los dos perfiles definidos en la presente investigación, corresponden a las características propias de unidades primarias generadoras de datos, principalmente en lo relacionado con la oferta de servicios, por lo tanto, los resultados de la presente prueba piloto pueden presentar un cambio significativo al incorporar una muestra poblacional de carácter probabilístico que incluya a individuos en todas las etapas del ciclo vital individual y escenarios comunitarios.

Los resultados de la presente investigación sugieren que mediante el uso de esta herramienta que reúne criterios basados en una metodología secuencial para la definición de las características del perfil epidemiológico de la discapacidad en los territorios, se puede llegar a contribuir con la toma de decisiones relacionadas con los procesos adelantados, mediante la articulación con salud pública. De esta manera, se convierte en un facilitador para la identificación de características (registro y localización) que permitan implementar programas, abordar ejes temáticos a partir de las necesidades detectadas e identificar factores de riesgo para incorporar acciones desde la perspectiva de la promoción y la prevención. No obstante, es importante aclarar que es necesario realizar otros estudios con la aplicación del instrumento para continuar el proceso de validación.

El instrumento empleado fue sometido a procesos de revisión por expertos con el propósito de garantizar características de validez de contenido y de constructo y se convierte en el punto de partida para el diseño e implementación de nuevas propuestas de investigación mediante la validación de estrategias basadas en la teoría clásica de la medición empleando criterios de consistencia interna, estabilidad temporal y equivalencia frente a otros instrumentos de recolección de información. La incorporación de

los criterios de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), se ajusta a la necesidad de implementar estándares internacionales que complementan la perspectiva del establecimiento del diagnóstico clínico basada en la actual Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Desde la perspectiva institucional, el Centro Ambulatorio Gustavo Escallón Cayzedo-Madrid Fundación Santa Fe de Bogotá, busca ser una 'institución amiga de la discapacidad', por lo que debe trascender la prestación de servicios asistenciales. Por lo tanto, al incorporar actividades basadas en las necesidades detectadas,

se puede garantizar el acceso a los servicios de rehabilitación integral, más allá de la intervención centrada en la deficiencia. Lo anterior, se convierte en un factor contextual que influye de manera positiva en procesos de inclusión social en el municipio de Madrid, Cundinamarca.

Agradecimientos

Los autores agradecen a las instituciones prestadoras de servicios de salud del municipio de Madrid y a las personas con discapacidad que hicieron posible la realización del estudio. Igualmente, a la fisioterapeuta Yolima Lancheros por sus aportes en la consolidación del proyecto.

Bibliografía

1. Gómez JC. Discapacidad en Colombia: Reto para la inclusión en capital humano [internet]. 2011 [citado 2013 feb 15]. Disponible en: <http://www.colombialider.org/wp-content/uploads/2011/03/discapacidad-en-colombia-reto-para-la-inclusion-en-capital-humano.pdf>
2. Cruz-Velandia I, Hernández-Jaramillo J. Magnitud de la discapacidad en Colombia: una aproximación a sus determinantes. Rev Cienc Salud [internet] dic. [citado 2013 jun. 15]. 2008; 6(3):23-35.
3. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, CIF. Ginebra; 2001.
4. Vásquez-Barquero JL, Herrera S, Vásquez E y Gaité I. Cuestionario para la evaluación de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (Versión española del World Health Organization Disability Assessment Schedule II) WHODAS II. Madrid: Ministerio del Trabajo, Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones Agustín de Bethencourt; 2002.
5. Bronfenbrenner U. The ecology of human development. Experiments by nature and design. Cambridge: Harvard University Press; 1979.
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Qué son las funciones esenciales de salud pública (FESP) [internet]. [citado 2013 jun 5]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=3175&Itemid=3617&lang=es
7. Colombia, Congreso Nacional de la República de Colombia. Ley 1145 de 2007, Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones (2007 jul 10).
8. González AM. Discapacidad: vigilancia en salud pública y gestión del conocimiento [internet]. 2013 mar-ago [citado 2013 sep 15]. Disponible en: http://saludpublicabogota.org/wiki/images/0/04/ANE-XO_OPERATIVO_VSPDISCAPACIDAD.pdf
9. Malagón-Londoño G, Moncayo-Medina A editor. Salud Pública. Perspectivas. 2.ª ed. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2011.
10. Hernández I, Gil A, Delgado M, et al. Manual de epidemiología y salud pública para grados en ciencias de la salud. 2.ª ed. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2011.

11. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Ficha metodológica. Registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad-RLCPD [internet]. 2010 [citado 2012 feb 13]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/poblacion/ficha_discapacidad.pdf
12. Lugo L, Seijas V. La discapacidad en Colombia: una mirada global. *Rev Col Med Fis Rehab*. 2012; 22(2):164-79.
13. Ministerio de Salud. Vigilancia Epidemiológica de la Discapacidad-Viedi Guía de procedimientos [internet]. 2005. [citado 2012 feb 13]. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/index.php?option=com_remository&Itemid=52&func=fileinfo&id=7090
14. Parra-Dussan C. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad: antecedentes y sus nuevos enfoques. *International Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional* [internet]. 2010 ene-jun [citado 2013 may 15] (16):347-80. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=82420041011>
15. Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. Informe mundial sobre la discapacidad. Malta; 2011.
16. Crosso C. El derecho a la educación de personas con discapacidad: impulsando el concepto de educación inclusiva. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*. 2010;4(2):79-95.
17. Filmer D. Disability, poverty, and schooling in developing countries: results from 14 household surveys. *The World Bank Economic Review*. 2008;22(1):141-63.
18. Simkiss DE, Blackburn CM, Mukoro FO, Read JM, Spencer NJ. Childhood disability and socio-economic circumstances in low and middle income countries: systematic review. *BMC Pediatr*. 2011;11:119.